Kriminelle, unprofessionelle Corona-Impftreibjagd

RKI sieht Impfstofftote und Impfschäden des größten medizinischen Experiments der Menschheitsgeschichte an Ratten und Mäusen bestätigt

1. Impf-/Therapie Nebenwirkungen

Schwere Impfnebenwirkungen und sogar Todesfälle nach konventionellen Impfungen sind grundsätzlich möglich und bekannt; sie werden in Korrelation zum Risiko einer Erkrankung gesetzt und in Kauf genommen. Die neuartigen, teils vektor-, teils mRNA-basierten prophylaktischen Gentherapien gegen das Coronavirus wurden aus Gründen der erleichterten Zulassungsprüfungen betrügerisch als Impfungen bezeichnet. Für diese sind die Zahlen der schwerwiegenden Nebenwirkungen (d.h. solcher mit notwendigem Krankenhausaufenthalt) und Todesfälle mangels einer systematischen Erfassung unbekannt. Aufgrund einer repräsentativen Umfrage kommt Mark Skidmore auf etwa 260-300.000 Tote in den Vereinigten Staaten bis Ende 2021 [1]. Steve Kirsch (externer Berater der Federal Drug Administration der USA) schätzt aufgrund der bei weitem nicht vollständigen Dokumentation des VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System) die Zahl der Impftoten bei SARS-CoV2-„Impfungen“ auf 2000 bis 4000fach höher als bei echten, konventionellen Impfungen [2]. Auf Deutschland umgerechnet kann man von dieser Schätzung ausgehend auf 20.000 bis 40.000 Impftoten bei 53 Mio. Geimpften kommen.

In Taiwan wurden 865 Todesfälle nach Vakzination und 845 Todesfälle nach Corona-Infektion registriert (China Focus, Oktober 13, 2021) [3].

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) veröffentlichte im August 2021 einen Sicherheitsbericht, wonach 43 Mio. Menschen in Deutschland vollständig geimpft waren [4]. 1.254 Verdachtsfälle von tödlichen Nebenwirkungen meldeten Ärzte und Angehörige, in nur 48 dieser Verdachtsfälle hält das Institut einen ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung für möglich oder wahrscheinlich, darunter 31 Fälle mit Thrombosen. Die Gesamtzahl der, dem PEI gemeldeten Nebenwirkungen entspricht, ziemlich genau der Zahl, die in den Niederlanden der dortigen nationalen Behörde gemeldet wurde, obwohl in Deutschland 82 Millionen Menschen leben, in den Niederlanden aber nur ca. 17 Millionen [5].

Für die Zeit vom 27.12.2020 bis 31.12.2021, berichte das PEI die Nebenwirkungen in Prozent bezogen auf die Zahl der (148 760 720) Injektionen und nicht der geimpften Personen, wodurch eine verzerrte beschönigte Bilanz gezogen wurde (Dtsch. Ärzteblatt 119, Heft7/ 18.02.2022) [6].

Die Meldungen einer Krankenkasse (BKK Provita) über eine erhebliche Zunahme abgerechneter Leistungen für „Impf"nebenwirkungen wurde vom PEI als „peinliches Unwissen oder hinterlistige Täuschungsabsicht" kommentiert. Der BKK-Vorstand, der diese Daten an die Öffentlichkeit gebracht hat, wurde entlassen [7].

H. Matthes (Charité, Berlin) geht aufgrund einer systematischen Studie an ca. 10.000 Personen von einer mindestens 70 prozentigen Untererfassung von „Impf"nebenwirkungen aus (Focus-Online, 01.04.2022). Demnach lägen die wahren Zahlen um den Faktor 1,7 höher. Dies ist wohl eine milde Schätzung [8].

Ein Arzt mit großer Impferfahrung berichtete, er habe in 40 Jahren Praxis bisher 2mal Impfnebenwirkungen gemeldet, seit Beginn der Corona-„Impfungen aber bereits 6 Meldungen erstattet [9].

2. Untererfassung von „Impf“nebenwirkungen

Man muss aus verschiedenen Gründen von einer hohen Dunkelziffer ausgehen:

- Die impfenden Ärzte haben keine Motivation zur Meldung von Komplikationen, welche ja auch einen gewissen administrativen Aufwand bedeutet und nicht gut vergütet wird im Vergleich zur Impfung selbst.
- Selbst wenn der Arzt eine „Impf“nebenwirkung erkennt, wehrt sich der Patient oft vehement gegen diese Erkenntnis und eine Meldung, da diese den gesellschaftlich-medial geächteten Kritikern der Corona-Politik Recht geben könnte.
- Im Krankenhaus gilt die Devise, dass es „so etwas“ nicht geben darf. Der Chefarzt, erklärt es könne kein „Impf“zusammenhang bestehen, der Oberarzt sagt dem Patienten hinter der Hand, ein Zusammenhang sei sehr wahrscheinlich, bittet aber ihn da heraus zu halten.
  Uns ist sogar ein Fall bekannt, in dem ein ambitionierter Oberarzt bereits eine Publikationsvollmacht von den Angehörigen eines nach Impfung Verstorbenen eingeholt hatte, bevor seitens der Klinik Anstrengungen unternommen wurden, eine weitere Untersuchung der Todesursache zu unterbinden. Publiziert wurde die Kasuistik am Ende nicht.
- Die Angehörigen, die oft unter häuslichem Dissens zur Impfung drängten, sind verständlicherweise „psychisch“ blockiert, einen Fehler einzugestehen.
- Bei Dissens in der Familie lassen sich viele heimlich impfen, so dass ein Zusammenhang durch Dritte (Angehörige/ Ärzte) nicht erkannt werden kann.
- Bei vor der „Impfung“ durchgemachter Covid-19-Erkrankung wird es vorgezogen, die nach der Impfung aufgetretenen Komplikationen als „Long COVID“ und damit als leichter zu kompensierenden BG-Fall (Arbeitsunfall) anerkannt zu bekommen.

Dass Todesfälle infolge eines ärztlichen Eingriffs nur ungern von Ärzten gemeldet werden, liegt auf der Hand, da diese ja an den Wurzeln des eigenen Selbstverständnisses rütteln.

Zudem sind die Angaben zur Todesursache auf den Totenscheinen notorisch unzuverlässig.

Eine Dunkelziffer von über 90% von nicht gemeldeten möglichen Zusammenhängen ist wohl nicht unrealistisch, zumal auch

konventionelle Obduktionen in 80% die toxische Komponente des „Impf“stoffes für den Sterbevorgang aus methodischen Gründen nicht erkennen können – hierzu mehr im nächsten Kapitel 3.

Die fehlende Befolgung einer an sich verpflichtenden Meldepflicht durch die Ärzteschaft zeigt sich auch bei anderen Erkrankungen, wenn dies einen unbezahlten Aufwand bedeutet, ohne Vorteil für den Arzt oder den Patienten ist und sich das Ganze noch dazu in einem gesellschaftlichen Tabubereich – wie es ja auch die „Impfung“ inzwischen ist – abspielt; dann unterbleibt sie oft, siehe z.B. die Meldepflicht für sexuell übertragbare Infektionen.[1]

---

[1] Bis zum Jahr 2000 waren einige dieser Infektionen durch den behandelnden Arzt anonymisiert an das zuständige Gesundheitsamt zu melden (GeschlkrG). Zur Syphilis meinte das zuständige Robert-Koch Institut es „muss mit einer nicht genau bekannten, aber nicht unbeträchtlichen Dunkelziffer nicht gemeldeter Syphilisinfektionen gerade aus dem Bereich der niedergelassenen Ärzte gerechnet werden. Es wird angenommen, dass 30–50% der tatsächlichen Erkrankungen nicht zur Meldung kamen.“
O. Hamouda , U. Marcus, Syphilis auf dem Vormarsch - Neues Meldeverfahren nach dem Infektionsschutzgesetz, Der Hautarzt 2005, Volume 56, Issue 2, pp 124-132

Und bezüglich der sexuell übertragbaren Infektionen insgesamt: „Der Meldepflicht nach dem (alten Gesetz) GeschlkrG wurde seit längerem nur in geringem Umfang Folge geleistet. Bei der Bewertung dieser Meldedaten muss mit einer Dunkelziffer nicht gemeldeter Fälle in einer Größenordnung von etwa 90% gerechnet werden.“ „Meldungen durch niedergelassene Ärzte, die die Mehrzahl der Patienten betreuen, dürften dagegen nur sporadisch erfolgt sein. Die Meldedaten spiegeln daher kein repräsentatives Abbild der tatsächlichen Erkrankungsfälle, sondern nur einen selektierten Ausschnitt aus dem Morbiditätsgeschehen wider.“
Robert Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin Nr. 38, 2001.

3. Verfälschung von Impffolgen als „Long“-COVID

Da die echte Corona-Virus-Infektion und die derzeit üblichen COVID-19-Impfungen beide eine gemeinsame toxische Komponente – nämlich das Spikeprotein – aufweisen, ist es nicht verwunderlich, dass es Überschneidungen in den beiden Krankheitsbildern gibt.

Die echte Virusinfektion produziert dieses Toxin im Wesentlichen für den Eigenbedarf, d.h. Produktion von weiteren Viren mit diesem Andockmechanismus, daneben spielt aber ein breites Spektrum an multifaktoriellen zytotoxischen Wirkmechanismen bei der auf Virus-Vermehrung programmierten Infektion eine Rolle, gegen die das Immunsystem ebenfalls mobilisiert wird (z.B. Nukleokapsid-Antigene).

Dem gegenüber beruht ein Impfschaden bzw. Impf-Folge-Erkrankung auf einem uni-faktoriellem Prinzip, nämlich dem vom Körper selber offenbar im Überschuss und unkontrolliert produziertem Toxin „Spike“ (man spricht auch von „Spikung“).

Besonders perfide ist die zunehmende Einordnung von schweren Impfschäden und -Todesfällen als „Long-COVID“. Damit wird einerseits der Schrecken vor der COVID-19-Infektion unberechtigt geschürt, andererseits die Impfung als Schadensverursacher verkannt. Viele Impf-schwerstgeschädigte Patienten sehen sich sogar durch die Impfung vor noch Schlimmerem bewahrt.

Auch eine solche ungeprüfte oder bewusste Fehldiagnose muss als kriminell eingestuft werden.

4. Todesfälle und Obduktionen

Verdachtsfälle können methodisch bedingt mit der gängigen Obduktion in der Gerichtsmedizin und Pathologie nur in einem kleinen Prozentsatz zweifelsfrei geklärt werden, so bei den als „Impf“folge anerkannten Sinusvenen-Thrombosen, die bereits makroskopisch klar erkennbar sind. Gerichtsmedizinische Obduktionen beschränken sich zudem in der Regel auf makroskopische Befunderhebung (ohne histologische Untersuchung) und Freigabe durch die Staatsanwaltschaft schon bei „plausibler“ Todesursache, die bei über 50-jährigen in der Regel besteht („rhythmogenes Herzversagen“). Infolgedessen werden nur makroskopisch auffällige Befunde als mögliche „Impf“folgen registriert – daher der hohe Prozentsatz von Verstorbenen mit Thrombosen in den Fallmeldungen des Paul-Ehrlich-Institutes.

Burkhardt und Lang haben bei 40 Fällen, die auf dem üblichen Weg als natürliche oder unklare Todesfälle „freigegeben“ waren, die in der Pathologie oder in der Rechtsmedizin asservierten Organproben nachuntersucht. Dabei wurde in 80% ein wahrscheinlicher Zusammenhang des multifaktoriellen Sterbevorganges mit der vorangegangenen Impfung konstatiert. Die Erkenntnisse der von Burkhardt und Lang durchgeführten Untersuchungen wurden in bislang 2 Pathologie-Konferenzen vorgestellt (https://www.pathologie-konferenz.de/; [9]).

Bei den gefundenen histo-pathologischen Auffälligkeiten handelte es sich um makroskopisch kaum erkennbare Veränderungen, hauptsächlich um Entzündungen und Texturstörungen der großen und kleinen Blutgefäße (4 Fälle mit Aortenruptur), Entzündungen des Herzmuskels (Myokarditis, diese ist makroskopisch leicht mit Herzinfarkten zu verwechseln). Dazu muss man wissen, dass die im „Impf“stoff enthaltenden schädigenden Agenzien auch die Blut-Hirnschranke überwinden. Außerdem fanden sich überschießende Autoimmunreaktionen („Lymphozyten-Amok“), sowie benigne und maligne Lymphome.

Nur in 2 Fällen lagen auch makroskopisch erkannte thrombotische Veränderungen vor. Ein für das Verständnis der Pathogenese wichtiger Befund waren geschwollene und abgelöste Endothelzellen in Blutgefäßen, ein Befund, der aufgrund der begleitenden Entzündungsreaktion allein mit Autolyse nicht erklärbar ist.

Da die gefundenen Läsionen oft Veränderungen entsprechen, wie sie bei toxischen Einwirkungen beobachtet werden und in ungewöhnlicher Häufung und Kombination auftraten, wurde ein Nachweis auf das toxische Spike-Protein, welches infolge der „Impfung“ vom Körper selber gebildet wird, durchgeführt. Tatsächlich fand sich das Spikeprotein spezifisch in den Gewebeläsionen, v.a. in Endothelien und Gefäßwandinnenschichten.

Obduktionen in der Gerichtsmedizin und Pathologie suchen in der Regel nicht systematisch nach diesen gerade beschrieben Veränderungen. Auch erfordert die immunhistochemische Untersuchung auf die Expression des Spikeproteins einen erheblichen Aufwand zur Etablierung der Methode. Ohne diese detaillierten und aufwendigen Untersuchungen bleibt aber ein ursächlicher Zusammenhang mit der vorherigen „Impfung“ zumeist unerkannt.

> Professor Poets, (Pädiater an der Universität Tübingen), sagt zur Zuverlässigkeit von ärztlichen Meldungen: „Ärzte neigen zur Angabe einer eindeutigen Todesursache, selbst wenn es bei kritischer Betrachtung vielleicht keine eindeutige Ursache gibt“ [12].

Die Klärung potenziell schädlicher Wirkungen der Corona „Impfungen“ auf den menschlichen Organismus umfasst im Kern toxikologische Fragestellungen. Diese lassen sich jedoch nicht an Mageninhalt oder Körperflüssigkeiten wie bei oral aufgenommenen Giften klären. Da das oder die Toxine „impf“induziert in den eigenen Organen und Körperzellen produziert werden, müssen die Nachweise denknotwendigerweise hier, d.h. in den Geweben mit geeigneten Methoden, z.B. immunhistochemisch erfolgen.

Auffällig war in der Obduktionsserie von Burkhardt und Lang (s.o., [10]) auch der Zufallsbefund von unidentifiziertem Fremdmaterial in Lymph-, Blut- und Gefäßen und Geweben in 7 von 40 Fällen.

Schirmacher schätzte bei den an den Universitätskliniken Heidelberg üblichen optimierten Obduktionen gemeinsam von Rechtsmedizinern und Pathologen sowie obligaten histologischen Untersuchungen bei über 40 kurzzeitig nach der Impfung Verstorbenen, in 30 bis 40 % einen Zusammenhang zwischen „Impfung“ und Tod [12].

Dies wurde von Prof. Schirmacher kürzlich in einem Interview der Rhein-Neckar-Zeitung mit 30% erneut betätigt (März 2022) [13].

5. Das Paradox der Impftoten

Diese Befunde und Zahlen allein machen es dringlich erforderlich, alle Impfmodalitäten kritisch zu betrachten. Dabei stößt man auf paradoxe Umstände, die so bei konventionellen Impfungen nicht beobachtet wurden bzw. werden.

1. Der übergroßen Mehrheit der Personen, die keine oder nur triviale Nebenwirkungen zeigten (d.h. die Impfung gut vertrugen), steht eine kleine, aber bedeutende Gruppe mit schwersten und unter Umständen tödlichen Nebenwirkungen gegenüber.
   Zwar sind biologische Reaktionen (wie z.B. bei Vergiftungen) sehr stark individuell variabel, aber auch unter diesen Aspekten ist das fast „alles oder nichts" bzw. hier „nichts oder alles" Verhalten mit einer biologischen Streuung kaum erklärbar.
2. Es treten „Hot Spots" mit deutlich erhöhten Komplikations- und Sterberaten auf. Dies betrifft sowohl die regionale Verteilung als auch die Zuordnung zum Berufs-/sozialen Umfeld:
   - In verschieden Altersheimen sind nach Presseberichten nach Impfung gehäuft Todesfälle registriert worden.
   - Bei sonst gesunden jungen Menschen sind es vor allen Dingen muskulöse Menschen, die betroffen sind, in mehreren bekannten Fällen Sportler und aktive Betreiber von Fitness-Studios mit großer Muskelmasse.

Demgegenüber ist die Komplikationsrate bei Geimpften der Bundeswehr offenbar nahezu null und bei in Arztpraxen Geimpften sehr niedrig.

Diese Paradoxa sind so krass und so offenkundig, dass sie auch in der Öffentlichkeit registriert wurden und Anlass zu „Verschwörungstheorien" gaben; etwa die Theorie, man verteile mit den echten Impfdosen Placebos, um die „beabsichtigte" Sterberate zur Bevölkerungsreduktion zunächst niedrig zu halten und zeitlich zu strecken und so vor der Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit zu vertuschen, die Überlebenden würden in der 3. oder 4. Impfwelle erfasst; die Bundeswehr habe a priori nur Placebos erhalten und Ähnliches.

Sechs rationale Gründe könnten dieses Paradoxon der Impftoten erklären:

- Unterschiedliche Impfchargen – sog. Todes-Chargen
- Unterschiedliche Konzentrationen des eigentlichen Wirkstoffes
- Unterschiedliche Beimischungen – sog. Adjuvantien – z.B. Lipid-Nano-Partikel
- Unterschiedliche Verunreinigungen. Es wurden verschiedenen Metalle nachgewiesen und in Japan wurden betroffene Chargen vernichtet. In jedem Falle ist bei einer kurzfristigen millionenfacher Herstellung eine gleichbleibende Qualität eines komplexen Medikamentes nicht zu gewährleisten.
- Unterschiedliche Wirkungen und Nebenwirkungen, je nachdem, in welche Gewebestrukturen die Injektion erfolgte und wie der Impfstoff sich danach im Körper verteilt. Neben der angestrebten intramuskulären Injektion erfolgen auch Injektionen in Lymphgefäße, Venen und Arterien. Hieraus folgt eine variable Verteilung der „Impf"dosen im Körper.
- Immunologisch individuelle Diskrepanzen der Injizierten, die ja unabhängig von einer Dosis-Wirkungs-Korrelation wären.

Eine Analyse der „Impfchargen der in der amerikanischen VAERS Datenbank registrierten COVID-Impftoten ergab, dass nur einige wenige Chargen für fast alle schweren und tödlichen Nebenwirkungen verantwortlich sind, so wird geschätzt, das mehr als 90% aller Impftoten auf nur 5% der Impfchargen entfallen [14].

Außerdem ist der Befund von Burkhardt und Lang dahingehend beunruhigend, dass in dem von ihnen untersuchten Obduktionskollektiv sich bei 7 Verstorbenen unidentifizierte Fremdkörper als „Zufallsbefund" fanden, d.h. mit bloßem Auge nicht erkannt wurden und lediglich in zufälligen Gewebeschnitten auffielen.

6. Impftreibjagd

Das Impfprozedere und die begleitende Impfkampagne zielten von Anfang an darauf ab, jegliche Bedenken bezüglich der Sicherheit der „Impfung“ zu diskreditieren, Nebenwirkungen – auch tödliche – zu verniedlichen oder zu leugnen und so den Impfenden möglichst viele „Impflinge“ an die Spritze zu treiben:

- In „Impfstraßen“ wurde die Impfung zum Teil an im Auto sitzende Personen mit heraufgekrempelten Ärmeln gegeben, die Aufklärung erfolgte über Videos, der Arzt war nur kurz zur abschließenden Unterschrift zugegen. Die Injektion selbst wurde von angelernten Personen, oft Studenten, verabreicht. Die Vergütung erfolgte in der Regel anhand der Fallzahlen, also im Akkord.
- In Altersheimen fielen mobile „Impftrupps“ geradezu ein, mit ähnlichem Prozedere und oft mit fragwürdiger Einwilligung bei dementen und schwerkranken Personen.
- Impfbusse an Schulen oder anderen Einrichtungen verfuhren nach ähnlichem Muster.

Im Deutschen Ärzteblatt [15] berichtet ein Impfarzt, er habe für die Aufklärung ein Zeitfenster von 3 Minuten gehabt und er habe in 7 Stunden am Stück 250 Personen impfen müssen – d.h. pro Person weniger als 2 Minuten für Begrüßung, Aufklärung, Impfung, Dokumentation und Verabschiedung. Er hält dies moralisch, juristisch und medizinisch nicht für vertretbar.

Die derzeitige unqualifizierte Massen-Impfkampagne mit menschen-unwürdigen Anreizen (Bratwurst etc.) einerseits und drakonischen Pressionen andererseits, wie man sie sonst nur beim Hundetraining anwendet, sowie unverantwortliche Zeitvorgaben (typische Schlagzeile: über 500 Impfungen in 8 Stunden: Das schreit nach Wiederholung“ titelte der General Anzeiger Reutlingen am 13.01.2021) machen einen hochverantwortungsvollen medizinischen Eingriff zu einer menschenverachtenden paraolympischen Disziplin.

7. Wahrnehmung in der Öffentlichkeit

Seit der Autor dieser Zeilen fälschlich als genereller „Impfgegner“ einerseits verunglimpft wurde und andrerseits in die Rolle des Telefonseelsorgers mit ca. 20 Telefonaten täglich gedrängt wurde, konnte er immer wieder das folgende Muster auch in zeitlicher Abfolge beobachten:

1. Angehörigen von Verstorbenen kommen Zweifel an natürlicher Todes-Ursache

2. Lebende Geschädigte finden, mit den Ärzten könne man nicht reden – diese wiederholten nur, mantraartig: „Kein Zusammenhang mit der Impfung“

3. Praxisangestellte/ Arzthelferinnen berichten, dass der Doktor, ein „Impf-Wüterich“, z.B. am Freitag eine Massen-„Impfung“ durchführt. Wenn in der nächsten Woche dann 5 Todesfälle auftreten, wird das als „Zufall“ abgetan.

   Sie berichten außerdem von unwürdigem Umgang mit Patienten, welche über mögliche „Impf“-Nebenwirkungen klagen, bis hin zur Überweisung in die Psychiatrie

3. Ärzte sehen sich von Seiten der der Ärztekammer unerträglichem Druck ausgesetzt, die rigide Impfdoktrin zu befolgen. Sie berichten auch oft: „Mit meinem Pathologen kann ich nicht reden.“

Durchweg wird um Rat bei schweren Nebenwirkungen gebeten. Dass diese Nebenwirkungen real sind, beweist die Einrichtung einer hierauf spezialisierten Ambulanz am Universitätsklinikum Marburg – dorthin wenden sich 200 bis 400 Patienten pro Tag.

Zur aktuellen Entwicklung sei der Brief einer kritischen Kollegin vom 16.04.2022 zitiert:

> „Wenn es Sie interessiert, kann ich aus der Praxis berichten, dass die „Impferei“ deutlich nachgelassen hat. Zu meiner freudigen Überraschung wollen unsere älteren Patienten kaum noch einer die 4. „Impfung“.

8. Kriminelle ungeprüfte Injektionstechnik

Auffällig war in Fernsehberichten und Videos immer wieder Folgendes:

Die Injektion bei Werbespots oder Berichten erfolgte mit Einstich bei Blick in die Kamera und Abdrücken der Spritze. Es wurde auf eine Aspiration nach Einstich verzichtet. Aspiration bedeutet, dass man nach dem Einstich der Nadel den Kolben der Spritze etwas zurückzieht, um zu prüfen, ob ein größeres Blutgefäß getroffen wurde. In diesem Falle erscheint Blut in der Spritze und ein neuer Einstich ist nötig oder eine andere Spritzenpositionierung muss gesucht werden.

Dieses Prozedere – Intramuskuläre-Injektion nur mit Aspiration – war (und ist) für Ärzte und ärztliches Personal seit jeher absolute Verpflichtung und entspricht dem Grundsatz: „primum non nocere", jeden denkbaren Schaden zu vermeiden.

Im Übrigen gehört auch ein Abtasten und Fixieren des Muskels vor der Injektion zum Prozedere. Mit vollkommenem Unverständnis, ja geradezu mit Entsetzen musste man zur Kenntnis nehmen, dass diese Goldene Regel, die bisher von jedem Arzt schon reflexartig geübt wurde und werden musste, von der Ständigen Impfkommission STIKO, offenbar in Übereinstimmung mit Empfehlungen der Weltgesundheits-Organisation (WHO) und dem Center for Disease Control and Prevention (CDC der USA) im Jahre 2016 abempfohlen wurde. Das RKI argumentierte mit „schmerz- und stressreduziertem Impfen [16]:

> „In den letzten Jahren sind international mehrere *evidenzbasierte* Empfehlungen für schmerz- und stressreduziertes Impfen publiziert worden, die Hinweise zu bestimmten Injektionstechniken, altersabhängigen Ablenkungsmethoden und anderen Verhaltensweisen beinhalten. Die STIKO hat diese Hinweise aufgegriffen und 2016 erstmals Hinweise zur Schmerz- und Stressreduktion beim Impfen in ihre Empfehlungen mit aufgenommen. Die STIKO weist darauf hin, ***dass eine Aspiration vor der Injektion nicht notwendig ist und bei intramuskulären Injektionen vermieden werden soll***, um Schmerzen zu reduzieren. Die Blutgefäße an den Körperstellen, die für die Injektion von Impfstoffen empfohlen sind (musculus vastus lateralis oder musculus deltoideus) und in Reichweite der Nadel liegen, ***sind zu klein***, um eine versehentliche intravenöse Gabe zu

ermöglichen. ***Berichte über Verletzungen von Patienten auf Grund unterlassener Aspiration gibt es nicht*.**"

Wissenschaftlich betrachtet, ergeben sich hierzu eine Reihe von Fragen, insbesondere wie man die genannten Empfehlungen „evidenzbasiert" geben kann. Studien, die die für eine derartige Empfehlung einzufordern wären könnten z.B. so aussehen:

1. Eine Versuchsgruppe mit durch Aspiration gesicherter intramuskulärer Injektion, im Vergleich mit Gruppen mit intravenöser, intraarterieller oder Lymphgefäßinjektion.

   Genau ein solcher Versuchsaufbau ist beim Menschen jedoch nicht möglich und wurde erst nach Beginn der weltweiten „Impf"kampagne von Japanischen Wissenschaftlern an Mäusen geprüft (s.u.)

2. Man injiziert 1000mal intramuskulär ohne Aspiration und prüft, wie oft man ein Gefäß trifft, z.B. durch radioaktiv markierten Stoffen und Dokumentation von deren Verteilung im Körper.

Entsprechende evidenzbasierte Publikationen hierzu wurden nicht vorgelegt und sind nicht auffindbar; die Übernahme der Empfehlungen durch die STIKO/das PEI erfolgte offenbar ungeprüft und Eminenz-basiert in Verkennung der inzwischen unbestreitbar zwielichtigen Rolle der World Health Organization (WHO).

Es geht bei der Aspiration zum Ausschluss einer Injektion in ein Gefäß nicht um die Vermeidung lokaler Verletzungen, sondern um die Vermeidung von schädlichen Wirkungen des injizierten Medikaments oder Impfstoffes auf den Gesamtorganismus.

Im Ausland hat der Autor einen Arzt kennengelernt, der Injektionen in den Gesäßmuskel „als Komfort" durch die anbehaltene Hose verabreichte, hohe Akzeptanz betonte und Komplikationen verneinte. Hier fühlt man sich an Cartoon-Darstellungen erinnert, in denen eine resolute Krankenschwester dem impfunwillig Flüchtenden die Spritze von hinten in das Hinterteil wirft.

Wie weit dürfen ärztliche Vorsichtsmaßnahmen oder sogar ärztliche Pflichten dem Wunsch zur Akzeptanz von Impfungen geopfert werden? Die genannten Hinweise der STIKO/WHO beinhalten ausschließlich nicht oder grenzwertig ärztliche Aspekte:

1. Ablenkungsmethoden
2. Andere Verhaltensweise (Bratwurst?)
3. Stressreduktion

4. Schmerzreduktion

Der Anblick von Blut und das erneute Stechen sind sicher unangenehm, aber einer Impfkomplikation vorzuziehen. Interessanterweise wurde Anfang Oktober 2021 in einem Video der WHO zur Malaria-Impfung in Afrika die Impfung eines Kindes gezeigt, wobei fast in provozierender Art und Weise eine Aspiration vor der Impfung gezeigt wurde. (Tagesschau ARD 19.10.2021).

Die Formulierung der STIKO „die für die Injektion von Impfstoffen empfohlenen ***Körperstellen***“ (mit den Zielmuskeln in Klammern!) ist verräterisch, denn tatsächlich sieht man ja den Muskel von außen nicht (man kann ihn nur tasten), sondern man injiziert eben in eine „Körperstelle“. Den Muskel trifft man bei Durchschnittsimpflingen und normalen anatomischen Verhältnissen (Kinder, Erwachsene wegen Reiseimpfung etc.) zwar mit hoher Wahrscheinlichkeit, aber bei besonderen Verhältnissen nicht mit absoluter Sicherheit. Bei alten, kachektischen, bettlägerigen Personen in Altersheimen, die sprichwörtlich aus „Haut und Knochen“ bestehen, ist das Treffen des Muskels keinesfalls sicher gegeben.

Hier liegen an der „Körperstelle“ wenige atrophe Muskelfasern, und ansonsten Fettgewebe, Bindegewebe und eben – Gefäße. Hier reicht die Nadel absolut bis zu größeren Blutgefäßen und sogar bis zum Knochen. Ärzte kennen diese Verhältnisse hoffentlich vom Sektionskurs bzw. von der Obduktion während der klinischen Ausbildung, aber den angelernten Injektionsgehilfen dürfte dies nicht vermittelbar sein.

Eine weitere Risikogruppe sind die „Fitness-Muskelpakete“, deren Muskulatur wegen des hohen Sauerstoffbedarfs eine entsprechende erhöhte Blutversorgung mit zahlreicheren Blutgefäßen größeren Durchmessers aufweist. Insbesondere (aber nicht ausschließlich) bei ihnen finden sich nadelgängige Gefäße (s.u.).

Das Argument von der „Kleinheit der Gefäße“, die für die Nadel nicht eingängig sein sollen, ist erwiesenermaßen falsch und wurde von den nationalen verantwortlichen Behörden - STIKO, PEI - offenbar in unverantwortlicher Missachtung ihrer Verpflichtung weder anhand der Literatur geprüft, noch experimentell nachgemessen.

Die Gefäße im *Musculus deltoideus* messen teilweise nachweislich über 1 mm im Innendurchmesser (Messungen an postmortal entnommenen Präparaten mehrerer Erwachsener von Prof. Burkhardt und Prof. Lang),

die verwendeten Impfnadeln in der Regel 0,4 – 0,6 mm im Außendurchmesser.

Diese Größenverhältnisse machen das Einbringen und Zirkulieren von Mikropartikeln in die Lymph- und Blutbahnen möglich. Die in den COVID-„Impfstoffen" enthaltenen deutlich kleineren Nanopartikel können sich im Körper und bei Wärme zu größeren Komplexen zusammenlagern, d.h. verschmelzen („coalesce"). Bei einem Verschmelzen von Partikeln erst nach Injektion im Körper wäre auch das Argument hinfällig, dass die in den Gefäßen gefundenen Partikel nicht durch die Injektionsnadel gepasst hätten.

Bereits in der ersten Pathologie-Konferenz am 20.09. 2021 (https://pathologie-konferenz.de/, [10]) wiesen Burkhardt und Lang darauf hin, dass man eine Empfehlung zur Injektion ohne Aspiration als Pathologe, der regelmäßig Muskeln präpariert, nur mit Entsetzen zur Kenntnis nehmen kann.

Anhand ihrer Messungen und dem Befund von wahrscheinlich embolischem, unidentifizierten Materialien bei den Verstorbenen warnten sie in der zweiten Konferenz am 04.12.2021 eindringlich vor einer Injektion ohne Aspiration.

Es ergeben sich unwägbare und unter Umständen tödliche Risiken eines millionenfachen Einsatzes einer neuen, auf genmanipulatorischer Grundlage wirkenden Therapie („Impfung") mit dazu noch hochbedenklicher, fehlerbehafteter und mit ärztlichem Handeln unvereinbarer Impfstrategie und Impf-praxis.

9. Mangelnde Überwachung

Es ist vollkommen unklar, ob die Hauptgefahr im Impfstoff selbst (z.B. Spike-Protein), in Verunreinigungen desselben, in Booster-Adjuvantien oder der unqualifizierten „Impfung“ mit Fehlinjektionsrisiko liegt und für schwere Nebenwirkungen und Tod verantwortlich ist.

Dass dieses menschliche Großexperiment nicht sauber und in allen Einzelheiten nachvollziehbar dokumentiert wurde und nicht mit einem auch nur halbwegs funktionierenden Nebenwirkungs-Todes-/Meldesystem von vornherein auf die Schiene gesetzt wurde, stellt einen noch nie dagewesenen Verstoß gegen die ärztliche und politische Verantwortung und Moral dar.

In den USA gibt es ein, allerdings auch unzulängliches Meldesystem, das Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Auch hier geht man von einer erheblichen Unterschätzung der Nebenwirkungen bei Spontanmeldungen aus.

Bei im Vergleich inzwischen so banalen Eingriffen in den menschlichen Körper wie der inzwischen zur Routine gewordene Hüftgelenksprothetik mit nur noch minimalen Komplikationen, führt man bis heute ein freiwilliges Meldesystem und -register, um eine Qualitätskontrolle zu gewährleisten, Schwachpunkte der Behandlung aufzudecken und so Verbesserungen zu gewährleisten.

Bei der Corona-Epidemie betreibt man einen Riesenaufwand bei Kontaktverfolgung und Testung mit fragwürdigem Sinn. Bezüglich der Corona-Impfung kennt man nicht einmal die genaue Zahl der Impfungen in Deutschland. Es müsste ohne weiteres möglich sein – und hätte natürlich von Anfang an geplant werden müssen – ein umfassendes Register mit aktiver Verfolgung der Geimpften zu implementieren. Ein auf freiwilliger Basis angebotenes System wäre besser als der derzeitige Blindflug. Alle vom Autor kontaktierten geimpften Personen gaben an, sie hätten sich selbstverständlich registrieren lassen. Hierbei ist zu betonen, dass ein Impfregister zur Entdeckung gesundheitsschädlicher Impffolgen dienen muss und nicht zur Identifizierung und „Impftreibjagd“ Nicht-Geimpfter missbraucht werden darf.

So wäre eine seriöse Auswertung mit Verbesserungsmöglichkeiten in einer die ganze Menschheit bewegenden Bedrohung möglich.

Denkbares Ergebnis wäre, dass schwere Impfnebenwirkungen bei in Arztpraxen und von älteren Ärzten geimpften Personen seltener sind.

Die niedrige Komplikationsrate bei Bundeswehrgeimpften könnte darauf zurückzuführen sein, dass hier wohl durchweg von Truppenärzten geimpft wird.

Die Delegation der Impfung an Tierärzte und Apotheker – die ja wohl nicht die neue Impfempfehlung im Ärzteblatt (s.u.) mitbekommen – zeigt im weiteren die unreflektierte Jagd auf Impflinge. Der Autor konnte in diesen Tagen bei der Impfung seines Hundes durch einen Tierarzt den Verzicht auf die Aspiration beobachten; dies ist bei Tieren offenbar üblich.

Die Corona-Epidemie kam unvorhergesehen, aber die Impfoption war über Monate vorhersehbar. Bei der Prüfung und Erfassung von Impfnebenwirkungen hätte man einen Vorlauf gehabt und es besser machen können.

Ein Zusammenhang zwischen einer fehlerhaften Impftechnik und schweren Nebenwirkungen wurde auch von anderen postuliert [17]:

John Campbell stellt fest: „Die Injektion des Impfstoffes in ein Blutgefäß oder intravenös kann ernsthafte Herzprobleme verursachen… Eine versehentlich intravenöse Injektion der COVID-19 mRNA-Impfstoffe kann eine Myoperikarditis auslösen“. Er bezieht sich auf einen Artikel im Oxford University Press Clinical Infectious Diseases Journal (August 2021). Campbell zitiert eine Stellungnahme des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung: „Eine sichere intramuskuläre Injektion mit Aspiration könnte eine mögliche Präventionsmaßnahme von Impfnebenwirkungen sein.“

10. Langzeitfolgen

Für die Beobachtung und Erforschung von Langzeitfolgen benötigt man logischerweise lange Zeit. Die „teleskopierten“ Verfahren der Notfallzulassungen der COVID-„Impfstoffe“ sollten suggerieren, die Zeit ließe sich durch Studiengröße ersetzen. Dies ist nicht der Fall. Logischerweise können wir über Langzeitfolgen noch gar kein solides Wissen haben und erst jetzt, da die Injektionen seit mehr als einem Jahr im Einsatz sind, werden wir allmählich auch Langzeitfolgen beobachten können.

Schwere und tödliche Nebenwirkungen bei Corona-Impfungen sind zumindest in vielen Fällen auf eine unverantwortliche Impftechnik mit Verzicht auf eine Aspiration vor der Injektion zurückzuführen. Die intravasale Injektion führt zu einer sofortigen Anflutung des Impfstoffes und der Begleitstoffe in den gesamten Organismus und damit zu höheren Konzentrationen auch außerhalb der Impfstelle, wodurch insbesondere Gefäßschäden und eine Epi-Myokarditis ausgelöst werden könnte.

Unklar ist, ob durch die Anflutung höherer Konzentrationen von Impfstoff-komponenten bei intravasaler Injektion die schweren ***Effekte lediglich zeitlich früher und heftiger auftreten lassen als bei üblicher überwiegend intramuskulärer Injektion oder wieweit sie durch Aspiration vermieden werden könnten .***

Somit ist eine Aussage, ob ***Impfspätfolgen*** durch eine bessere Impftechnik ebenfalls vermieden werden und wie weit diese überhaupt zu erwarten sind, denknotwendigerweise nicht möglich, auch wenn einige „Experten“ nicht sehen, „was bleibende Spuren im Körper hinterlassen könnte, außer der gewollten Abwehrreaktion“ (Manuel Battegay/Universität Basel). Derselbe Autor behauptet zum Stand der Forschung großmundig: „Noch nie wurde so viel über Impfstoffe bis zur Zulassung geforscht, noch nie waren die wissenschaftlichen Studien so umfassend, noch nie wurde über die Wirksamkeit und die Nebenwirkungen so detailliert und transparent berichtet. Die Robustheit der Impfdaten ist in der Geschichte der Medizin beispiellos“ (Weltwoche 43.21, [18]).

Dies gilt nicht einmal für die Studien ***bis zur Zulassung***, sicher nicht für die Zeit nach dem Start der Impfungskampagne an Menschen. Die Daten hierzu sind unvollständig und qualitativ fragwürdig: „Erheben das Robert Koch-Institut und andere Behörden die richtigen Daten zur

Coronapandemie? Sind die Daten wenigstens vollständig? Derzeit mehren sich die Zweifel…. Die Verantwortlichen ducken sich weg“ (Stuttgarter Zeitung 14.10. 2021).

Die Bezeichnung von sich und der geimpften Bevölkerung als „Versuchskaninchen“ durch den Kanzlerkandidaten Scholz in einer Wahlkampfrede, rief viel Empörung hervor. Tatsächlich ist es aber viel schlimmer: Das Kaninchen wird durch ein Versuchsprotokoll minutiös überwacht und vor Beginn des Tierversuchs müssen die verantwortlichen Wissenschaftler in einem strengen Gutachtensverfahren Ethik-Komissions-Genehmigungen einholen, in denen das Vorgehen unter Berücksichtigung des Tierwohls gerechtfertigt werden und der Wissenschaftler seine versuchstierkundliche Kompetenz zur tiergerechten Durchführung der Experimente nachweisen muss.

Die menschliche Bevölkerung schickte man auf einen Blindflug.

Die mit Zweifeln wegen fehlenden Langzeitstudien begründete Impfverweigerung durch den Fußballer Josua Kimmich schlug hohe Wellen: „Impfnebenwirkungen sofort oder nie – Coronaimpfung ohne Langzeitfolgen“.

Thomas Mertens, Vorsitzender der Impfkommission STIKO spricht dem „Fachmann für Fußball“ eine Expertise für Impfstoffe ab, dieser handele aufgrund von „Pseudowissen“. **Zweifel** sind aber zusammen mit „Unwissen“ das Gegenteil von Gewissheit. Echtes Wissen führt in der Regel sogar zu einer Zunahme der Zweifel. Deshalb kann es sich hier auch weder um Wissen noch um Pseudowissen handeln.

Eher kann ein „Konsens der Wissenschaft“ ohne Zweifel Pseudowissen darstellen: „ In der Wissenschaft sei man sich einig, dass spät auftretende Nebenwirkungen nach einer Impfung ***nicht*** *vorkommen*, bzw eine extrem seltene Rarität bei einzelnen Impfstoffen gewesen sei“, so Mertens. Der erste Halbsatz wird im Zweiten wiederlegt, das angebliche „Nichtvorkommen“ ist somit eine unlogische und damit pseudologische Formulierung, etwa so wie wenn man den Menschen verkündet, es bestehe keine Gefahr und diese werde immer geringer.

Zudem wurde die Äußerung zu einem Zeitpunkt abgegeben, als man über Langzeitfolgen noch gar nichts wissen konnte, da die dafür notwendige „lange Zeit“ seit Beginn der Impfung noch nicht ins Land gegangen war.

Auch werden Spätfolgen von Impfungen oft gar nicht als solche wahrgenommen. Je länger die Impfung zurückliegt, desto schwieriger ist es, einen Zusammenhang mit der Impfung zu erkennen oder zu beweisen.

Thomas Mertens verweist weiter auf „begleitende“ Studien, die aber definitionsgemäß (mangels langer Beobachtungszeit) keine Langzeitstudien sind, und im weiteren auf 7 Milliarden verimpfte Dosen als Beleg für mangelnde Nebenwirkungen – obwohl es hier nicht um Anzahl und Menge, sondern um den *Zeitfaktor* geht.

Wenn man die Auswirkungen eines Medikaments auf die Schwangerschaft prüfen will, kann man nicht 9.000 Schwangere im Zeitraffer von nur einem Monat beobachten, sondern beobachtet 1.000 Schwangere über die gesamten neun Monate hinweg.

Schließlich räumt Thomas Mertens aber ein, „dass es keine 10-Jahres-Beobachtungen geben kann, ist klar“.

Trotz dieses denknotwendigen Eingeständnisses erklärt die Vorsitzende des Ethikrates, Alema Buyx, der oben genannte Fußballer sei bezüglich der fehlenden Langzeitstudien einer

„Falschinformation aufgesessen, **diese** Form von Langzeitnebenwirkungen gebe es nicht“. Welche Formen es gibt, bleibt offen.

Die Einlassungen hierzu – von Wissenschaftlern bis zum Bundeskanzleramt – sind durchweg besserwisserisch und herablassend, hier trifft es der englische Ausdruck „patronizing“ am besten.

Keiner der Impf-Experten geht darauf ein, dass es sich bei den umstrittenen Stoffen nicht um klassische Impfstoffe, mit denen man jahrzehntelange, bei der Pockenimpfung jahrhundertelange Erfahrungen, hat, handelt – sondern um Substanzen mit genbasierten Wirkmechanismen, mit denen man bisher absolut keine Erfahrung hat und denknotwendigerweise gar nicht haben kann. Die von Burkhardt und Lang beschriebenen dauerhaften Organ- und Gewebeschäden, die in den wenigsten Fällen als reparationsfähig angesehen werden können, geben Anlass zu den schlimmsten Befürchtungen.

Zitiert sei hier nochmals aus dem Brief einer kritischen Kollegin vom 16.04.2022:

> „Was ich noch berichten kann, ist, dass wir wirklich viele Patienten, aller Altersgruppen haben, die erst jetzt (3-6 Monate oder länger) nach der 3. Spritze zum Teil Symptome entwickeln, die sehr vielfältig sind. Bei den Älteren beobachte ich diese hypertensiven Entgleisungen, Tachykardien, Extrasystolen, Embolien, Kurzatmigkeit, diverse unklare Hautausschläge, Haarausfall […] **Es ist zum Heulen!“**

11. Tiermodell nach pandemischem Menschheitsexperiment

Auf die genannten Vorbehalten und vielfach überzeugend und konkret bewiesenen und vorgetragenen Bedenken gegen die neuartige „Impfung“ beim Menschen, insbesondere der Injektion ohne Aspiration haben die verantwortlichen Behörden – RKI und PEI – durchweg nicht reagiert.

Erst eine tierexperimentelle Studie an Mäusen von japanischen Wissenschaftlern (publiziert 18.August 2021; Li et al, Clin infect Dis 2021, [19]) veranlasste die STIKO nach einem halben Jahr (!) ihr unverantwortliches Treiben leicht zu modifizieren (aerzteblatt.de 18. Februar 2022, [20]), in der gedruckten Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes fand sich nur eine unauffällige Notiz:

„STIKO empfiehlt Aspiration bei COVID-19-Impfungen als Vorsichtsmaßnahme:
Berlin - Entgegen den allgemeinen Empfehlungen für Impfungen rät die Ständige Impfkommisson (STIKO) am Robert-Koch-Institut (RKI) zu einer Aspiration bei der intramuskulären Applikation eines COVID-19-Impfstoffs. So soll die *Impfstoffsicherheit* weiter erhöht werden.
Darauf weist die STIKO in der 18. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung vom 15. Februar hin. Im Tiermodell seien nach direkter intravenöser Gabe eines mRNA-Impfstoffs Perimyokarditiden aufgetreten. Sie ließen sich sowohl klinisch als auch histopathologisch nachweisen.
Die Impfung sollte strikt intramuskulär erfolgen, betonte die STIKO in den Empfehlungen. Intradermale, subkutane oder intravaskuläre Applikationen seien zu vermeiden.
Für *alle anderen Impfungen*, außer der COVID-19-Impfung, empfiehlt die STIKO prinzipiell keine Aspiration bei Impfstoffgabe. Bei intramuskulärer Applikation würden so Schmerzen reduziert.
Berichte, wonach *Patienten* aufgrund einer fehlenden Aspiration *verletzt* worden sind, lägen nicht vor.“

Es fallen aber einige verräterische Formulierungen auf (kursiv hervorgehoben):

- „*Impf**stoff**sicherheit*“ wird durch Applikation mit Aspiration nicht erhöht, weil dieser ja nicht verändert wird, es müsste „Impfsicherheit“ heißen.

- „*für alle anderen Impfungen*“ außer der COVID-19-Impfung belegt, dass diese eine Sonderwirkung hat und eben gerade keine Impfung ist, sondern eher einer Gentherapie gleicht. Da weder STIKO/PEI noch die WHO solche Nebenwirkungen bei den konventionellen, echten Impfstoffen („alle anderen Impfstoffe“) nicht sieht oder sah und bei diesen auch weiterhin keine Aspiration für nötig hält, muss der deletäre Effekt der Gen-„Impfung“ allein am Wirkstoff selber oder seiner Komponenten liegen.
- „*Patienten“* hiermit wird eingestanden, dass es sich um eine Therapie handelt, sonst wäre die Bezeichnung „Impflinge“ o.ä. korrekt, denn es sollten ja fast ausschließlich ***Gesunde*** geimpft werden.
- „*verletzt*“ wie schon in der von der WHO übernommen Empfehlung aus dem Jahr 2016 ist die STIKO/PEI offenbar ideologisch-basiert nicht bereit, eine Impfung grundsätzlich als Eingriff in die Körperintegrität – und damit als Verletzung – anzuerkennen

12. Pathologie des Impfens

Nach den Befunden der Japanischen Wissenschaftler, auf die die STIKO Bezug nimmt, tritt bereits 2 Tage nach der ersten intravasalen Injektion bei Mäusen eine nekrotisierende Herzmuskelentzündung auf, die nach der 2. Applikation zu erheblichen Schäden führt.

Damit wurden die Befunde an Menschen von Burkhardt und Lang bestätigt (1. und 2. Pathologen-Konferenz 20.09. und 04.12. 2021; https://pathologie-konferenz.de/, [10]), auf die STIKO/PEI aber keinen Bezug nehmen. Sie zeigten mit ihren Messungen (s.o.), dass direkte Injektionen in größere Gefäße möglich sind. Dabei liegt die Nadel natürlich selten orthograd im Gefäß aufgrund der senkrechten Nadelausrichtung auf die längsverlaufenden Gefäße.

Immer werden sie und v.a. die „kleinen Gefäße“ beim Stich aufgerissen und zumindest kleine Substrat-Anteile (Nano-/Mikropartikel) werden über das dann erweiterte Interstitium („interstitial pathway“; in seiner Bedeutung noch weitgehend unerforscht) in Lymphgefäße und Venolen geleitet. Die Injektion geht immer mit Ödem und Mikroblutungen einher. Es ist evident, dass ein erhöhter Injektionsdruck zur schnelleren Injektion bei Zeitdruck im Impfzentrum zu verstärkter Gewebe- und Gefäß-Zerstörung führt und so auch ohne direkte intravasale Injektion der gleiche desaströse Effekt erzielt wird. Untersuchungen hierzu fehlen offenbar.

Beide – Mikro- und Nanopartikel mit oder ohne den eigentlichen mRNA-Wirkstoff – können eine Entzündung der Gefäße, Thrombosen, thrombotische Gefäßverschlüsse, Mikro- und sogar Mikrofremdkörperinfarkte induzieren, wie sie bei Knochenbrüchen als Fett- und Knochenmarksembolien gefürchtet sind.

Ein Erfahrungswert, der von routinierten Ärzten, die bei der Impfung aspirieren, angegeben wird, ist, dass in ca. 5 % Blut aspiriert wird, d.h. ein Gefäß getroffen wird. Ein Kinderarzt gibt dies sogar mit 2 von 5 Kindern an, was einem Wert von 40 % entspricht.

Bemerkenswert ist, dass die STIKO bei diesen genmanipulierenden „Impf“stoffen durch Aspiration nur eine „Erhöhung der Impfstoffsicherheit“ sieht und eine „strikte intramuskuläre“ Injektion anmahnt.

Eine solche absolute Sicherheit ist aber eben nur im Tierexperiment möglich und wäre beim Menschen nur nach Präparation des Muskels mit Koagulation aller Gefäße möglich.

Burkhardt und Lang (s.o.) demonstrierten eindrückliche Bilder von verletzten, zerstochenen Gefäßen bei den üblichen vermeintlich intramuskulären Injektionen.

Damit ist klar, dass eine absolut sichere rein intramuskuläre Injektion auch bei vorheriger Aspiration **unmöglich und in keinem Falle gewährleistet ist**. Lediglich der in die Zirkulation systemisch gelangende Anteil des injizierten Materials kann erheblich variieren – von 1% bis 100%; 0% sind nicht möglich, wegen des unkalkulierbaren aber niemals vermeidbaren Abflusses über den „interstitial pathway".

Burkhardt und Lang fanden bei 7 Verstobenen nach der Impfung bisher nicht identifizierte Partikel in Venolen, Lymphgefäßen und Gewebe.

Wenn dieser „andere Impfstoff" im Gegensatz im Gegensatz zu den konventionellen Impfstoffen bei systemischer Verbreitung Schäden verursacht, eine absolut sichere rein intramuskuläre Applikation aber in der Praxis am Menschen unmöglich ist, muss diese „Impfung" sofort abgebrochen werden.

Falsch ist auch die Aussage der STIKO „*Berichte über Verletzungen von Patienten auf Grund unterlassener Aspiration gibt es nicht*". Dies mag harmlos klingen, legt aber schlaglichtartig offen, auf welcher Wissensbasis, Ideologie, unärztlicher und gewissenloser Einstellung hier über die Volksgesundheit entschieden wird.

Jede Injektion ist im ärztlichen Sinne eine Verletzung und mitnichten der „kleine Pieks"; sie geht immer mit Gewebe-Zerstörung einschließlich Aufreißen von Gefäßen einher.

13. Offene Fragen

13.1 Hersteller PfizerBiontech

Aus den Dokumenten zu Händen der australischen und japanischen Zulassungsbehörden zu den experimentellen Sicherheitsprüfungen der Firma PfizerBiotech ergeben sich viele Fragenkomplexe, die hier nicht im Einzelnen behandelt werden können.

Es ist evident, dass die pathologisch-histologischen Untersuchungen unprofessionell waren, es ist die Rede von „großen ungefärbten, nicht identifizierten Zellen" – nach den Untersuchungen an Menschen wahrscheinlich dilatierte Lymphgefäße – weiterhin von „vakuolisierten Hepatozyten – *wahrscheinlich* Lipid". Eine Überprüfung oder Beanstandung dieser eklatanten Unklarheiten durch unseren nationalen oder Europäischen Institutionen (EMA, STIKO, PEI) erfolgte offensichtlich nicht, dies in unverantwortlicher Verletzung der gebotenen Sorgfaltspflicht.

Kritische schriftliche Anfragen von Burkhardt und Lang (3. Februar 2022, [10]) an die Firma PfizerBiontech wurden ebenso wie Anfragen von Physikern und Chemikern hierzu im Kern nicht und im weiteren vollkommen unzureichend beantwortet [21].

Die grundlegende Frage, in welchen Zellen des Körpers die Bildung des toxischen Spikeproteins letztlich induziert werde, lautete die Antwort „in körpereigenen Zellen" [wo sonst?]. Auch wurde nicht darauf eingegangen, wie und wann die durch Injektion genetisch angeschaltete körpereigene Giftproduktion wieder abgeschaltet wird.

Am 30.03.2022 hat BioNTech in den USA den Behörden einen ausführlichen Bericht eingereicht, der bisher offenbar noch nicht in Deutschsprachigen Medien wiedergegeben wurde.

Einige Highlights aus dem: „BionTech annual report to the US Securities and Exchange Commission" March 30, 2022:

BioNTech hat die Impfung in den USA lediglich als Notfallzulassung und in der EU als bedingte Zulassung erhalten. Dabei haben sie von den Behörden die Auflage erhalten bis Ende 2022 die fehlenden Unterlagen zur Wirksamkeit und Sicherheit nachzureichen, um eine vollständige Zulassung zu erhalten. Dazu schreibt BioNTech nun:

> „Möglicherweise werden wir nicht in der Lage sein, eine ausreichende Wirksamkeit oder Sicherheit unseres COVID-19-Impfstoffs nachzuweisen, um eine dauerhafte Zulassung zu

erhalten, in den Ländern in denen er eine Notfallzulassung oder eine bedingte Zulassung erhalten hat.“

„We may not be able to demonstrate sufficient efficacy or safety of our COVID-19 vaccine to obtain permanent regulatory approval in jurisdictions where it has been authorized for emergency use or granted conditional marketing approval.“ (S.6).

„Während unserer klinischen Studien oder sogar nach der amtlichen Zulassung können schwere Nebenwirkungen auftreten, die klinische Studien verzögern oder beenden, die behördliche Zulassung oder Marktakzeptanz eines unserer Produktkandidaten verzögern oder verhindern könnten.“

„Significant adverse events may occur during our clinical trials or even after receiving regulatory approval, which could delay or terminate clinical trials, delay or prevent regulatory approval or market acceptance of any of our product candidates.” (S.6).

„die Dauer der durch unseren COVID-19-Impfstoff erzeugten Immunantwort, die in klinischen Studien noch nicht nachgewiesen wurde;“

„the durability of immune response generated by our COVID-19 vaccine, which has not yet been demonstrated in clinical trials;” (S.8).

„Nebenwirkungen und andere Probleme können nach der Notfallzulassung auftreten, die während klinischer Studien nicht beobachtet oder erwartet wurden oder nicht so häufig oder schwerwiegend waren. Wir können nicht garantieren, dass neu entdeckte oder neu entwickelte Sicherheitsprobleme nicht auftreten werden.“

„side effects and other problems may be observed after emergency use authorization that were not seen or anticipated, or were not as prevalent or severe, during clinical trials. We cannot provide assurance that newly discovered or developed safety issues will not arise.” (S.9).

„Wir und Pfizer beabsichtigen, unseren COVID-19-Impfstoff und andere Varianten eines COVID-19-Impfstoffkandidaten weiterhin in globalen klinischen Studien zu beobachten. Es ist möglich, dass zukünftige Daten aus diesen klinischen Studien nicht so günstig ausfallen wie die Daten, die wir den Behörden für unsere Anträge auf Notfall-zulassung, Marktzulassung oder bedingte Marktzulassung vorgelegt haben. Es ist auch möglich, dass Bedenken hinsichtlich der Sicherheit unseres COVID-19-Impfstoffs

aus der weit verbreiteten Anwendung unseres COVID-19-Impfstoffs nach den klinischen Studien. Es ist auch möglich, dass unser COVID-19 Impfstoff keine vollständige Zulassung in den Ländern erhält, in denen er lediglich eine Notfallzulassung bekommen hat. Dies könnte unsere Geschäftsaussichten negativ beeinträchtigen."

„We and Pfizer intend to continue to observe our COVID-19 vaccine and other variants of a COVID-19 vaccine candidate in global clinical trials. It is possible that subsequent data from these clinical trials may not be as favorable as data we submitted to regulatory authorities to support our applications for emergency use authorization, marketing or conditional marketing approval or that concerns with the safety of our COVID-19 vaccine will arise from the widespread use of our COVID-19 vaccine outside of clinical trials. Our COVID-19 vaccine may not receive approval outside of the emergency use setting in the countries where it is not currently approved, which could adversely affect our business prospects."(S.12).

„Unseres Wissens nach wurden außer unserem COVID-19-Impfstoff und MRNA-1273 bisher keine mRNA-Immuntherapien von der FDA, der EMA oder einer anderen vergleichbaren Regulierungsbehörde zugelassen oder erhielten eine Notfallzulassung oder eine bedingte Marktzulassung."

„To our knowledge, other than our COVID-19 vaccine and MRNA-1273, no mRNA immunotherapies have been approved or received emergency use authorization or conditional marketing authorization to date by the FDA, the EMA or other comparable regulatory authority." (S.29).

„Unsere mRNA-Produktkandidaten basieren auf neuartigen Technologien und alle von uns entwickelten Produktkandidaten können komplex und schwierig herzustellen sein."

„Our mRNA product candidates are based on novel technologies and any product candidates we develop may be complex and difficult to manufacture." (S.41).

„Unsere geplanten klinischen Studien oder die unserer Mitarbeiter können weniger wirksam sein oder signifikante unerwünschte Ereignisse aufdecken, die in unseren präklinischen oder nichtklinischen Studien nicht beobachtet wurden, und können zu einem Sicherheitsprofil führen, das klinische Studien verzögern oder beenden oder die behördliche Zulassung verzögern oder verhindern könnte Marktakzeptanz eines unserer Produktkandidaten."

„Our planned clinical trials or those of our collaborators may be less efficacious or may reveal significant adverse events not seen in our preclinical or nonclinical studies and may result in a safety profile that could delay or terminate clinical trials, or delay or prevent regulatory approval or market acceptance of any of our product candidates." (S.36).

Die wirklich entscheidende Frage zu dem aktuell verwendeten mRNA-Corona-Impfstoff steht ab Seite 133:

> ***„Warum kodiert die mRNA für ein Antigen und nicht für einen Antikörper?*** Würden die gesunden Körper-Zellen einen Antikörper produzieren, würden sie überleben und nicht vom eigenen Immunsystem zerstört werden."
> „Wir glauben, dass unser breites Portfolio an unterschiedlichen Antikörpern es uns ermöglichen wird, mRNAs herzustellen, die den geeigneten Antikörper für den medizinischen Bedarf jedes einzelnen Patienten kodieren."

„Why is the mRNA encoding an antigen and not an anti-body? If the healthy body cells would produce an anti-body, they would survive and not be destroyed by the own immune system. "
„We believe our broad portfolio of antibody formats will enable us to produce mRNAs encoding the appropriate antibody format for the individual patient's medical need."

BioNTech bestätigt Genmanipulation ihrer mRNA Impfung, wenn sie Patentrechte diskutieren:

> „Unsere relevanten Patentanmeldungen für unseren COVID-19-Impfstoff (BNT162b2), … umfassen bestimmte mRNA-Strukturveränderungen, die sich auf Merkmale zur Erhöhung der Translationseffizienz und/oder Stabilität von mRNA-Konstrukten beziehen (z. B. bestimmt' 3' UTR-Strukturen, die ein spezifisches Sequenzelement und unterbrochene PolyA-Enden enthalten)"

„Our platform patent filings relevant to our COVID-19 vaccine (BNT162b2), collectively, the "BNT162b2 Platform Filings", include certain mRNA Structure Filings relating to features for increasing translation efficiency and/or stability of mRNA constructs (e.g., certain 3' UTR structures containing a specific sequence element, and interrupted polyA tails)" (S.176)

13.2. Paul-Ehrlich Institut

Auch das RKI teilte auf kritische Nachfrage noch im März 2021 mit, die Toxin-Produktion finde lediglich lokal an der Injektionsstelle statt, es gäbe keine systemische Wirkung.

Zwei dringliche Anfragen an das PEI (16.03. und 24.03.2022) im Namen einer vom Autor dieses Artikels angeführten Forschergruppe mit detaillierter Dokumentation von Organschäden bei nach der Impfung Verstorbenen (40 Obduktionen) und Nachweis des toxischen Spikeproteins in den Läsionen (Organen und Geweben) noch 124 Tage nach der „Impfung", wurden bis heute nicht beantwortet, obwohl eine solche Behörde alle Daten und Antworten in der Schublade haben müsste.

Für Menschen, die unter Umständen zur Impfung gezwungen sind, kann dies eine Frage von Leben und Tod sein. Ihre Ignorierung ist ein weiterer Beweis für die unverantwortliche, ja kriminelle Handlungsweise einer Institution, die dem Wohl der Bevölkerung dienen sollte. Der Journalist Hendrik Broders urteilte, „man habe den Eindruck, solche Institutionen seien nur zu Verarschung der Bevölkerung geschaffen".

14. Die Rolle der Ärzte

Alle derzeit praktizierenden Ärzte wurden in ihrer Ausbildung über die Prinzipien und Gefahren von Manipulationen am Genom aufgeklärt.

Schon im Jahre 1980 schrieb der international renommierte Pathologe Hans Cottier / seinerzeit Universität Bern) hellseherisch in seinem Standardwerk „Pathogenese“ unter der Kapitel „Möglichkeit und Gefahren der experimentellen Genetik“: „Es ist unschwer zu erkennen, dass diese Technik sowohl therapeutische Möglichkeiten als auch große Gefahren mit sich bringen kann. …. Es besteht das Risiko, krankmachende Nukleinsäuren oder gar Viren zu produzieren, die sich kaum ausreichend kontrollieren ließen“. Ein solches Risiko wäre ärztlich nur vertretbar bei schwerwiegenden Erkrankungen, z.B. mit Sicherheit tödlichen Krebserkrankungen. Hier aber wurde eine pandemische Therapie mit unklaren Risiken an ***Gesunden*** (!) angestrebt.

Fast die gesamte derzeit praktizierende Ärzteschaft hat sich – in geschichtlich hier leider nicht einmaliger Art – trotz der seit über 40 Jahren bekannten Gefahren einer Gen-Manipulation unqualifizierten und kriminellen Empfehlungen, Weisungen und Propaganda kritiklos ergeben, und sich wieder einmal „staatstragend“ verhalten.

Dabei ging der Druck nicht nur von Politik und No-COVID-Maßnahme-Fanatikern, sondern in verächtlicher Weise auch und gerade von den eigenen „Fachvertretern“, d.h. Ärztekammer, sogenannten Fachgesellschaften bis hin zum „Weltärztepräsident“ aus.

Alle Impfärzte, die diese Gesinnungsmanipulation mitmachen/mitmachten sind schuldig des Verstoßes gegen Ihre ärztliche Verpflichtung, ihre Handlungen am Patienten stets selber und ***unabhängig*** zu prüfen und Schaden vom Patienten abzuwenden.

Insbesondere auch diejenigen ärztlichen Vertreter, die bereits bewiesene „Impfschäden“, wie Myokarditis oder Sinusvenenthrombosen der Bevölkerung gegenüber herunterspielten („harmlos“, „therapierbar“) machten sich der Volksverhetzung schuldig.

Zu dieser erforderlichen unabhängigen Prüfung sind und waren alle Ärzte aufgrund ihrer Ausbildung fähig. Ein Verlass auf Empfehlungen und Anweisungen oder gar Propaganda ist kriminell „Die Impfung ist sicher, Langzeitfolgen sind auszuschließen“, allein diese mantraartig wiederholten, selbst für den Laien erkennbar pseudologischen

Aussagen, hätte alle Ärzte zur Verweigerung der „Impfung“ veranlassen müssen.

Noch schlimmer ist es, wenn von Ärzten auch die verpflichtende Aspiration unterlassen wurde und die Injektion durch Nicht-Ärzte veranlasst wurde. Die Vermutung einer unterlassenen und damit kunstfehlerhaften „Impfung“ liegt dann nahe, wenn in ca. 6 Wochen nach der letzten Injektion bei einem Arzt mehr als 2 Patienten verstorben sind.

Dies sollte ähnliche ordnungsrechtliche Ermittlungen zur Folge haben, wie sie bei den angeblich falschen Masken- und Impfbescheinigungen zur Anwendung kommen.

Bei Pathologen und Rechtmedizinern ist anzumerken, dass sie methodisch bedingt die möglichen „Impf“folgen meist nicht erkennen und abklären konnten. Anders ist es bei deren Fachverbänden, die durch Verleumdung von kritischen Kollegen die zeitnahe Aufklärung behinderten.

15. Schlussfolgerungen

Wesentliche und unabdingbare Basisdaten zur Wirkung und Langzeitfolgen der neuartigen „Impfstoff“- Generation, d.h. prophylaktischer Gentherapie gegen die COVID-19-Infektion sind unbekannt.

Erhebliche zunächst am Menschen und jetzt auch am Tier nachgewiesene zeitnahe schwere Gesundheitsschäden und Todesfälle sind vielfältig dokumentiert.

Auch eine Modifikation der Impftechnik mit Minimierung der intravasalen Impfstoffkomponente kann die zeitnahen, insbesondere aber die zu erwartenden Spätschäden nicht vermeiden.

Spätschäden der prophylaktischen Gen-Therapie („Impfung“) aufgrund von nachgewiesenen tiefgreifenden Gewebetexturstörungen und Persistenz des toxischen Spikeproteins sind sicher zu erwarten.

Alle Beteiligten an den forcierten Impfkampagnen, insbesondere aber die Ärzte, sollten ihre Rolle kritisch hinterfragen und daraus die angemessenen Konsequenzen ziehen.

Die laufende Impfkampagne ist sofort zu stoppen. Für alle auf Messenger-RNA bzw. Pro-mRNA basierenden Arzneimittel, die eine Synthese von Spikeproteinen in Körperzellen induzieren ist unverzüglich das Ruhen der Zulassung erforderlich oder diese zu entziehen.

Eine systematische Untersuchung der schweren „Impf“-assoziierten Nebenwirkungen und Todesfälle und entsprechende Entschädigungen sind unumgänglich.

Eine Fortführung der COVID-19 „Impfungen“ ist unverantwortlich und kriminell.

Reutlingen, im April 2022 Professor Dr. med. Arne Burkhardt

Ordentlicher Professor für Pathologie der Universität Hamburg (1979) und Tübingen (1991)
Emeritierter Extraordinarius für allgemeine und spezielle Pathologie der Universität Bern (Schweiz)
Niedergelassener Pathologe, zeitweise in Kooperation mit überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften und eigenem Institut seit 2008.

Adresse: Diebsteigle 13 / D-72764 Reutlingen
Pathologie-Praxis und Labor: Obere Wässere 3-7 / D-72764 Reutlingen

16. Quellen

[1] https://mark-skidmore.com/2022/02/15/how-many-people-died-from-the-covid-19-inoculations/

[2] https://vaccinedeaths.com/2021-12-08-covid-vaccines-have-killed-150k-americans.html

[3] https://www.ntd.com/more-die-after-vaccination-than-from-covid-19-in-taiwan_688004.html

[4]https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-bis-31-07-21.pdf?__blob=publicationFile

[5] https://www.rivm.nl/en/covid-19-vaccination/questions-and-background-information/side-effects

[6] https://www.aerzteblatt.de/archiv/223395/Paul-Ehrlich-Institut-Keine-neuen-Sicherheitssignale-bei-Coronaimpfungen

[7] https://www.focus.de/gesundheit/mehr-impf-nebenwirkungen-als-bekannt-krankenkassen-daten-sorgen-fuer-diskussionen_id_58570561.html

[8] https://www.focus.de/gesundheit/news/charite-forscher-harald-matthes-im-interview-mindestens-70-prozent-untererfassung-bei-den-impfnebenwirkungen_id_76570926.html

[9] Persönliche Mitteilung

[10] https://www.pathologie-konferenz.de/

[11] Dtsch Arztebl 2020; 117(47): A-2295 / B-1938
https://www.aerzteblatt.de/archiv/216854/Ploetzlicher-Tod-unklarer-Ursache-Bei-Kindern-wird-die-Haeufigkeit-eines-ungeklaerten-Todes-wohl-deutlich-unterschaetzt

[12] https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/126061/Heidelberger-Pathologe-pocht-auf-mehr-Obduktionen-von-Geimpften

[13] https://www.rnz.de/politik/hintergrund_artikel,-rnz-corona-podcast-folge-99-warum-impftote-genauer-untersucht-werden-sollten-_arid,845623.html

[14] https://howbadismybatch.com/deathbylottery.pdf

[15] https://www.aerzteblatt.de/archiv/221332/Impfkampagne-250-Personen-in-sieben-Stunden

[16]]https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Stichwortliste/A/Aspiration.html

[17] https://uncutnews.ch/covid-impfstoffe-werden-falsch-verabreicht-sagt-experte/

[18] https://weltwoche.ch/story/bitte-lassen-sie-sich-impfen/

[19] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34406358/

[20] https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/131915/STIKO-empfiehlt-Aspiration-bei-COVID-19-Impfung-als-Vorsichtsmassnahme

[21] https://www.berliner-zeitung.de/gesundheit-oekologie/chemiker-an-biontech-diese-antwort-finden-wir-etwas-irritierend-li.209451; mit Datum vom 13.04.2022 wurde mit präzisierten Fragen nachgehakt.

[22] https://investors.biontech.de/node/11931/html